

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر سبک های مقابله ای و علائم گوارشی بیماران نشانگان روده تحریک پذیر

علیرضا نوروزی^۱، محمد کاظم فخری^۲، راضیه طالبی^۳، غلامرضا روشندل^۴، رضا محمدی^{۵*}

۱. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد ساری، ساری، ایران.

۳. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۴. استادیار، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، گرگان، ایران.

۵. روانشناسی بالینی، بیمارستان صیاد شیرازی، گرگان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نشانگان روده ی تحریک پذیر شایع ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است و یکی از اختلال های روان تنی می باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک های مقابله ای و علائم گوارشی بیماران مبتلا به نشانگان روده ی تحریک پذیر بود.

روش بررسی: روش پژوهش آزمایشی (پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) بود. این پژوهش بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر انجام شد که بصورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) تقسیم شدند. جهت تشخیص اختلال نشانگان روده ی تحریک پذیر از ROME III، سبک های مقابله ای از پرسشنامه Lazarus (1988) استفاده شد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS 16 تحلیل شد.

یافته ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۴ سال بود که اکثرا زن بودند. یافته های پژوهش نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات سبک های هیجان مدار و مسئله مدار، و شدت علائم گوارشی در گروه مداخله بعد از جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی معنی دار بود ($p < 0.01$).

نتیجه گیری: یافته های پژوهش حاضر و همچنین شواهد موجود نشان می دهد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند نقش مؤثری در کاهش و کنترل علائم روان شناختی بیماران داشته باشد و ارتقاء بهزیستی روانی و کیفیت زندگی آن ها را موجب گردد. براین اساس این درمان به عنوان یک درمان کمکی در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، راه های مقابله ای، سندرم روده تحریک پذیر

نویسنده مسئول: رضا محمدی

آدرس: ایران، گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات گوارش و کبد

ایمیل: Mohamadi.psk@gmail.com



مقدمه

بیماری های گوارشی یکی از مهم ترین و شایع ترین بیماری های مزمن غیرواگیر است. اختلالات گوارشی بار اقتصادی و فشار روانی زیادی را به جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می کنند. از بین اختلالات گوارشی، دردهای شکمی و نشانگان روده تحریک پذیر (Irritable Bowel Syndrome) بیشتر مورد توجه قرار گرفته اند چرا که بر اساس مطالعات مبتنی بر جامعه، شیوع زیادی داشته اند. شیوع IBS در دنیا متفاوت است، به عنوان مثال در آمریکا و کشورهای اروپایی ۲۲-۹ درصد، در هند و تایلند ۴ درصد و در ایران تا ۲۵ درصد می باشد (۱). IBS شایع ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است و یکی از اختلال های روان تنی می باشد که با علایمی چون تغییر در اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی بدون ناهنجاری ساختاری قابل تشخیص، مشخص می شود.

IBS جزو اختلالات تهدید کننده حیات نیست و نه نیاز به جراحی دارد و نه باعث کاهش بقای بیماران می شود. این ویژگی ممکن است منجر به دست کم گرفتن تاثیر بالقوه این نشانگان به عنوان مشکل سلامت واقعی شود که می تواند تأثیر جدی بر فعالیت های روزانه و کیفیت زندگی بیمار بگذارد (۲). شایع ترین علائم این نشانگان درد شکمی مزمن همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج، قوام و عبور مدفوع و نفخ شکم می باشد (۳).

پژوهش های بسیاری شیوع بالاتر اختلالات روان شناختی از جمله؛ اضطراب (۴)، افسردگی (۵)، جسمانی کردن (۶) و وحشت زدگی (۷) را در بیماران مبتلا به IBS نشان داده اند.

نتایج بررسی های صورت گرفته بر روی این بیماران مبین این موضوع است که علائم IBS در هنگام وجود آشفتگی های روانی و تنش به طور قابل ملاحظه ای افزایش می یابند (۸). از سویی درجات بالای استرس، نگرانی و اضطراب در این بیماران منجر به کاهش کیفیت زندگی می شود، از طرف دیگر افسردگی و اضطراب می

تواند به طور مستقیم منجر به استفاده از یک مهارت مقابله ای ناکارآمد و منفعلانه در این بیماران گردد چنان که شدت علائم IBS با فاجعه انگاری و جسمانی کردن روان شناختی رابطه دارد (۹). این بیماران در زمان مواجهه با مشکلات و تنش زها، غالباً سبک های مقابله ای ناکارآمد (منفی) و هیجان مدار را به کار می برند (۱۰). کنار آمدن و مقابله کارآمد با مسایل و رودررویی با رویدادهای تنش زا از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. استرس به تنهایی و به صورت مستقیم نمی تواند فرد و سلامت روانی و جسمی او را متاثر کند، بلکه نوع برداشت و ارزیابی فرد از استرس و در نتیجه شیوه مقابله ای اتخاذ شده او در مقابل استرس تعیین کننده خواهد بود (۱۱).

با وجود آنکه درمان های دارویی و روان شناختی مختلفی برای درمان IBS مطرح شده است (۱۲)، اما در بیشتر موارد این درمان ها کاهش علائم روانی را که به نحوی از علل بیماری IBS هستند، به دنبال نداشته اند و بیماران همچنان با علائم باقیمانده ای چون تداوم فکری که باعث علائم اضطراب و یا افسردگی می شود، دست و پنجه نرم می کنند (۱۳).

از جمله روش های درمانی غیردارویی که می تواند بر روی بهبود علائم روان شناختی بیماران مبتلا به IBS مؤثر باشد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی Cognitive Mindfulness-Based-Therapy (MBCT)

توسط Segal به عنوان یک رویکرد جدید برای جلوگیری از عود افسردگی در سال ۱۹۹۵ مطرح شد (۱۴).

در ایران اکثر پژوهش های انجام شده بر اساس شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اثر بخشی این روش را روی اختلال افسردگی و افسرده خویی بررسی کرده اند. همچنین کافی و همکاران برای اولین بار اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر علائم روان شناختی بیماران مبتلا به IBS بررسی نموده اند. پژوهش های صورت گرفته بر روی ویژگی های شخصیتی بیماران مبتلا به IBS، عامل شخصیتی

ورود شرکت کنندگان به این پژوهش سن بین ۵۰-۲۰ سال، داشتن سواد دیپلم، عدم شرکت در جلسات روانشناختی یا مشاوره در ۶ ماه قبل و همچنین رضایت از شرکت در پژوهش بود. معیار خروج از پژوهش شامل خونریزی گوارشی، خون در مدفوع، کاهش وزن طی سه ماه گذشته، کم خونی، وجود توده قابل لمس در شکم، سابقه جراحی شکم، سابقه تشخیص بیماری روانی یا بستری در بخش روان طی دو سال قبل، بارداری و یا تصمیم به بارداری حین پژوهش بود.

سبک های مقابله ای بیماران توسط پرسشنامه سبک های مقابله ای Lazarus (۱۹۸۸) ارزیابی شد.

پس از کسب رضایت نامه آگاهانه و اجرای پیش آزمون، جلسات درمانی برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه انجام شد. جلسات به صورت گروهی در قالب گروه های ۴ نفره و به روش سخنرانی انجام شد. طول مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه و فاصله بین هر جلسه یک هفته بود. جلسات در محل سالن جلسات مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان انجام شد. تعداد، زمان، فاصله بین جلسات و همچنین محتوای جلسات دقیقاً بر اساس مدل Barnard و Teasdal که در سال ۱۹۹۱ خلق شد، صورت گرفت. هر دو گروه در طول این زمان داروی معمول که توسط متخصص گوارش تجویز شده بود را ادامه دادند. در پایان جلسه هشتم از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد.

داده های آماری با شاخص های آماری توصیفی (میانگین و میانه و جداول توصیفی) و استنباطی (t-test, Paired t-test, Student t-test, Mann whithney, ANCOVA) تحلیل شد.

نورزگرایی بالا را نشان می دهد (۱۵) که این عامل با اختلال در سبک های مقابله ای و انطباق همراه بوده و می تواند سبب آسیب پذیری فرد در برابر اختلال های جسمانی و روانی گردد (۱۶).

بر این اساس و با توجه به آنکه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی سبک های مقابله ای و علائم گوارشی بیماران مبتلا به IBS بررسی نشده است، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی سبک های مقابله ای و علائم گوارشی بیماران مبتلا به نشانگان روده ی تحریک پذیر اجرا شد.

روش بررسی

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون دو گروهی بر روی کلیه بیماران مبتلا به IBS در شهر گرگان در سال ۱۳۹۴ انجام شد که به کلینیک فوق تخصصی گوارش مراجعه کرده بودند و بیماری آن ها با توجه به معیار ROME III و مصاحبه بالینی توسط فوق تخصص گوارش مورد تایید قرار گرفته بود. تعداد جامعه برابر با ۱۲۰ نفر بود که بر اساس معیارهای ورود و خروج در نهایت ۳۵ نفر انتخاب شدند. سپس نمونه ها به صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) تقسیم شدند. دو نفر از گروه آزمایش بعد از جلسه اول به دلیل اعتقاد نداشتن به درمان و یک نفر بعد از جلسه سوم به دلیل مشکل شخصی به همکاری ادامه ندادند. در نهایت تعداد نمونه های گروه آزمایش به ۱۵ نفر کاهش یافت ولی گروه کنترل ۱۷ نفر باقی ماند. معیار

| محتوای جلسات درمانی | |
|---------------------|---|
| جلسه اول | معرفی بیماران، توضیح خط مشی جلسات، خوردن کشمش، بحث و گفتگو، تمرین وارسی بدن، تکلیف خانگی. |
| جلسه دوم | وارسی بدن، بحث تکالیف خانگی، تمرکز در حالت نشسته، تکالیف خانگی |
| جلسه سوم | تمرین دیدن و شنیدن، تمرکز نشسته، نفس کشیدن آگاهانه، تکالیف منزل |
| جلسه چهارم | تمرکز نشسته، فضای تنفسی، بحث گروهی، قدم زدن آگاهانه، تکالیف خانگی |
| جلسه پنجم | تمرکز نشسته، بیان تجربیات و اثرات دوره آموزشی، نشستن آگاهانه و گسترش آگاهی از افکار، نقش ذهن آگاهی در پاسخ به استرس، تکالیف خانگی |
| جلسه ششم | فضای تنفسی، مرور تکالیف خانگی، تمرین خلق، فکر، دیدگاه جداگانه، تکالیف خانگی |

| | |
|-----------|--|
| جلسه هفتم | تمرکز و آگاهی، رویدادهای خوشایند و ناخوشایند، فضای تنفسی، تکالیف خانگی |
| جلسه هشتم | وارسی بدن، فضای تنفسی، روش های کنار آمدن با موانع تمرکز، بیان تجربیات |

بیماران مورد مطالعه (۹۱ درصد) زن بودند. ۱۵ نفر از بیماران مورد مطالعه در گروه مداخله و ۱۷ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. جدول شماره ۱ خصوصیات بوم شناختی بیماران مورد مطالعه را در دو گروه مداخله و کنترل نشان می دهد.

یافته ها

در کل ۳۵ نفر وارد مطالعه شدند و پس از خروج ۳ نفر از پژوهش در مجموع ۳۲ نفر باقی ماندند. میانگین سن بیماران مورد مطالعه $34/43 \pm 8/17$ سال بود. اکثر

جدول ۱. خصوصیات بوم شناختی

| P Value* | گروه کنترل | | گروه مداخله | | | |
|----------|------------|-------|-------------|-------|----------------|------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | | |
| ۰/۵۴ | ۱۱/۸ | ۲ | ۶/۷ | ۱ | مرد | جنس |
| | ۸۸/۲ | ۱۵ | ۹۳/۳ | ۱۴ | زن | |
| ۰/۲۷ | ۶۴/۷ | ۱۱ | ۴۶/۷ | ۷ | دیپلم | تحصیلات |
| | ۳۵/۳ | ۶ | ۵۳/۳ | ۸ | بالتر از دیپلم | |
| ۰/۰۷ | ۷۰/۵ | ۱۲ | ۴۰ | ۶ | متاهل | وضعیت تأهل |
| | ۲۹/۵ | ۵ | ۶۰ | ۹ | مجرد | |
| ۰/۲۷ | ۴۷ | ۸ | ۶۶/۷ | ۱۰ | خانه دار | شغل |
| | ۵۳ | ۹ | ۳۳/۳ | ۵ | سایر | |

* آزمون کای دو

کنترل، قبل از مداخله و بعد از مداخله معنی دار نبود ($P=0/31$). (جدول ۲)
تفاوت بین میانگین نمرات سبک مقابله ای مسئله مدار در گروه مداخله، قبل از مداخله و بعد از مداخله معنی دار بود ($P<0/01$). در حالی که تفاوت بین میانگین نمرات سبک مقابله ای مسئله مدار در گروه کنترل، قبل از مداخله و بعد از مداخله معنی دار نبود ($P=0/31$). (جدول ۲)

تفاوت بین میانگین نمرات سبک های مقابله ای هیجان مدار و مسئله مدار در ابتدای مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل معنی دار نبود ($P=0/35$), که نشان می دهد هر دو گروه از نظر خصوصیات و ویژگی ها به هم شبیه بودند. تفاوت بین میانگین نمرات سبک مقابله ای هیجان مدار در گروه مداخله، قبل از مداخله و بعد از مداخله معنی دار بود ($P<0/01$) در حالی که تفاوت بین میانگین نمرات سبک مقابله ای هیجان مدار در گروه

جدول ۲. میانگین نمرات سبک های مقابله ای هیجان مدار و مسئله مدار در

گروه مداخله و کنترل

| P Value* | Mean±SD | سبک های مقابله ای هیجان مدار | |
|----------|------------|------------------------------|-------------|
| | | پیش آزمون | گروه مداخله |
| ۰/۰۰۲ | ۴۷/۱۱±۵/۸۶ | پیش آزمون | گروه مداخله |
| | | پس آزمون | |
| ۰/۳۱ | ۴۵/۲۱±۳/۳۴ | پیش آزمون | گروه کنترل |
| | | پس آزمون | |
| P Value* | Mean±SD | سبک های مقابله ای مسئله مدار | |
| | | پیش آزمون | گروه مداخله |
| ۰/۰۰۲ | ۵۲/۸۹±۵/۸۶ | پیش آزمون | گروه مداخله |
| | | پس آزمون | |
| ۰/۳۱ | ۵۴/۷۹±۳/۳۴ | پیش آزمون | گروه کنترل |
| | | پس آزمون | |
| | ۵۳/۲۳±۵/۶۰ | پیش آزمون | گروه کنترل |
| | | پس آزمون | |

* آزمون Paired t-test

تحلیل داده‌ها نشان داد زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شد، تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/00$). (جدول ۴)

یافته‌ها نشان داد تفاوت آماری معنی‌داری بین نمرات علایم گوارشی در گروه مداخله، قبل از مداخله و بعد از مداخله وجود داشت ($P < 0/01$). ضمن این که تفاوت بین نمرات علایم گوارشی در گروه کنترل نیز قبل از مداخله و بعد از مداخله معنی‌دار بود ($P < 0/01$). بدین معنی که شدت علایم گوارشی گروه مداخله در پس آزمون کمتر شده بود، در حالی که علایم گوارشی گروه کنترل در پس آزمون شدیدتر شده بود. (جدول ۳)

جدول ۳: میانگین نمرات علایم گوارشی قبل و بعد مداخله در گروه کنترل و مداخله

| P Value* | Mean±SD | | |
|----------|------------|-----------|-------------|
| 0/001 | 14/33±4/81 | پیش آزمون | گروه مداخله |
| | 8/87±3/99 | پس آزمون | |
| <0/01 | 15/18±4/42 | پیش آزمون | گروه کنترل |
| | 17/18±4/25 | پس آزمون | |

* آزمون من ویتنی

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس پس آزمون علایم گوارشی پس از تعدیل پیش آزمون

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجات آزادی | میانگین مجزورات | مقدار F | سطح معنی‌داری |
|----------------------------|---------------|-------------|-----------------|---------|---------------|
| اثر پیش آزمون علایم گوارشی | 238/16 | 1 | 238/16 | 25/20 | 0/000 |
| اثر گروه | 479/77 | 1 | 479/77 | 50/77 | 0/000 |
| خطا | 274/03 | 29 | 9/45 | | |
| کل | 670/7 | 32 | | | |

راهبرد های مقابله ای مؤثر است. همچنین در پژوهشی که توسط Weinstein (۱۸) انجام شد تأثیر ذهن آگاهی بر استرس، سبک مقابله ای و سلامت هیجانی به صورت چندگانه بررسی گردید و نتایج نشان داد که بیماران دارای ذهن آگاهی، به شکل مفیدتری فشار روانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند و کمتر از راهبردهای مقابله ای اجتنابی و بیشتر از راهبردهای مقابله ای مسئله مدار استفاده می‌کنند.

Lazarus (۱۹) دو روش عمده مقابله مسئله مدار و هیجان‌مدار را برای مقابله با استرس شناسایی کرده‌اند. بررسی مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که مقابله مسئله مدار مؤثرتر و سازگارانه تر از مقابله هیجان‌مدار است. به نظر می‌رسد که این امر به دلیل

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک های مقابله ای و علایم گوارشی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر انجام شد.

نتایج بیانگر آن است که استفاده از سبک های مقابله ای هیجان مدار شرکت کنندگان بعد از گذراندن جلسات آموزشی به شکل معنی‌داری کمتر شده و استفاده از سبک های مقابله ای مسئله مدار به شکل معنی‌داری بیشتر شد. این نتایج توسط پژوهش های دیگر حمایت می‌شود. یافته‌های پژوهش Parikh (۱۷) نشان داد که درمان های شناختی رفتاری و آموزش های روانی بر روی

تغییر موقعیت فشارزا از طریق مقابله مسئله مدار باشد. به کارگیری راهبردهای مقابله ای مسئله مدار به عنوان یک عامل حفاظت کننده در مقابل افسردگی و ضعف جسمانی شناسایی شده است این در حالی است که راهبرد مقابله ای هیجان مدار می تواند احتمال افسردگی و ضعف جسمانی را افزایش دهد.

یکی از جنبه های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه نمایند و نکته مهم دیگر این که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می شود و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می شود. همچنین تأکید بر توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات، باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم روان شناختی می گردد (۲۰). بنابراین شواهد بیانگر این موضوع است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک درمان روان شناختی مؤثر در جهت بهبود راهبردهای مقابله ای بیماران مبتلا به IBS به کار گرفته شود.

همچنین نتایج نشان داد که نمرات علائم گوارشی شرکت کنندگان بعد از گذراندن جلسات آموزشی به شکل معنی داری کاهش پیدا کرد. و این بدین معنی است که MBCT بر روی شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به IBS مؤثر است.

مطالعات متعددی اثربخشی درمان های روان شناختی به ویژه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش علائم بیماران IBS نشان داده اند. زمردی و همکاران (۲۱) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن-آگاهی بر کاهش علائم بیماران مبتلا IBS نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به IBS مؤثر است. همچنین پژوهش کامکار و همکاران (۲۲) مشخص ساخت که درمان های شناختی-رفتاری مدیریت استرس در

کاهش علائم بیماران مبتلا به IBS در گروه مداخله تأثیر معنی داری داشت. یافته های پژوهش کافی و همکاران (۲۳) نیز از اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم گوارشی بیماران IBS حمایت می کند. مقتدایی و همکاران (۲۴) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم گوارشی بیماران IBS مؤثر است. بنابراین نتایج حاصل از پژوهش حاضر توسط پژوهش های اشاره شده حمایت می شود.

شواهد موجود مبین آن است که استفاده از رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به کاهش نشانه های گوارشی، هیجانات و در نهایت افکار منجر شود. بنابراین چنین به نظر می رسد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک روش روان-شناختی مؤثر در کاهش علائم سندروم روده تحریک پذیر مورد استفاده قرار گیرد.

بر این اساس درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک درمان کمکی می تواند نقش مؤثری در کاهش و کنترل علائم روان شناختی بیماران مبتلا به IBS داشته باشد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه بیماران شرکت کننده در پژوهش، کلینیک فوق تخصصی دزیانی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان و مدیریت پژوهشی دانشگاه آزاد ساری که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می آید.

References

1. Jahangiri P. Jazi MSH. Keshteli AH. Sadeghpour S. Amini E. Adibi P. Irritable Bowel Syndrome in Iran: SEPAHAN Systematic Review No. 1. International Journal of Preventive Medicine. 2012;3(Suppl1); S1-S9.
2. Monnikes H. Quality of Life in Patients With Irritable Bowel Syndrome. Journal of Clinical Gastroenterology 2011; 45: 98-101
3. Taheri M. Hasani J. Hosinian SM. The Comparison of the Personality Characteristics of the Irritable Bowel Syndrome Patients, Patients with other Gastrointestinal Diseases and Normal Individuals. Journal of Clinical Psychology 2012; 3(15): 53-61 [Persian]
4. Fakudo SA. Neurological approach to biopsychosocial medicine: Lessons from irritable bowel syndrome. BioPsychoSocial Medicine 2012; 5(1): 45-56
5. Solati Dehkordy SK. Kalantary M. Adibi P. Effect of relaxation with drug therapy on the psychological symptoms in patients with irritable bowel syndrome-diarrhea dominant (IBS-D). Journal of shahrekord university of medical sciences 2009; 11(3): 1-8 [Persian]
6. Cohen H. Jotkowitz A. Buskila D. Pelles AS. Kaplan Z. Neumann L. Post-traumatic stress disorder and other co-morbidities in a sample population of patients with irritable bowel syndrome. Europ Journal of International Medicine 2006; 17(8): 567-571
7. Kumano H. Yamanaka G. Sasaki T. Kuboki T. Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorders and agoraphobia in a Japanese representative sample. American Journal of Gastroenterology 2004; 99: 370-376
8. Cho HS. Park MJ. Lim CH. Cho YK. Lee IS. Kimm SW. Choi MG. Chung IS. Chung YK. Anxiety, Depression, and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Gut Liver 2011; 5(1): 29-36
9. Miranda AL. Tilburg V. Palsos OS. Whitehead WE. Which Psychological Factors Exacerbate Irritable Bowel Syndrome? Development of a Comprehensive Model. Journal of Psychosomatic Research 2013; 74(6): 486-492
10. Kharamin SHA. Nilli H. Mohamadi A. Mobashery GH. Comparison of Coping Skills in Peptic Ulcer, Irritable Bowel Syndrome, and Normal People. Armaghane danesh Journal 2008; 2(50): 96-104 [Persian]
11. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process, New York, McGraw-Hill 1966
12. Rayman RB. Irritable bowel syndrome: aeromedical considerations. Aviat Space Environ Medicine 2011; 82: 1061-1063
13. Lackner JF. Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: A circumplex analysis. Journal of Psychosomatic Research 2005; 58: 523-532
14. Segal ZV. Williams JMG. Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse, New York, Guilford press 2002
15. Taheri M. Hasani J. Molavi M. Psychological health among patients with irritable bowel syndrome, patients with organic gastrointestinal disorders, and normal individuals: A comparative study 2011; 10(2): 90-98 [Persian]
16. Newth S. Delongis A. Individual differences, mood and with chronic pain in rheumatoid arthritis. Psychology health 2004; 19(3): 283-305
17. Parikh SV. Hawke LD. Zaretsky A. et al. Psychosocial interventions for bipolar disorder and coping style modification: similar clinical outcomes, similar mechanisms? Canadian Journal of Psychiatry 2013; 56(8): 482-486
18. Weinstein N. Brown KW. Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, copying, and emotional well-being. Journal of Research in Personality 2009; 43(3): 374-385
19. Lazarus RS. Folkman S. Stress, appraisal, and coping, New York, Springer 1984
20. Mohammadkhani P. Khanipour H. Mindfulness-based therapies, 1st ed, Tehran, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences 2012.
21. Zomorodi S. Rasoulzadeh Tabatabaei SK. et al. Comparison of the Effectiveness of Cognitive

Behavior Therapy and Mindfulness-Based Therapy on the Decrease in Symptoms of Patients who suffer from Irritable Bowel Syndrome 2013; 18(2): 88-94 [Persian]

22. Kamkar A. Golzary M. Farrokhi NA. Aghae SH. The Effectiveness of Cognitive – Behavioral Stress Management on Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome. Armaghane danesh Journal 2011; 16(4): 300-310 [Persian]

23. Kafi M. Afshar H. Moghtadaei K. Ariaporan S. Daghighzadeh H. Salamat M. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Therapy on Psychological Signs Women with Irritable Bowel Syndrome. Koomesh 2014; 15(2): 255-264 [Persian]

24. Moghtadaei K. Kafi M. Afshar H. Ariapouran S. Daghighzadeh H. Pourkazem T. Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on somatic symptoms in women with irritable bowel syndrome. J Res Behav Sci 2013; 10(7): 698-708 [Persian]

Effectiveness of Mindfulness – Based Cognitive Therapy on coping style and gastrointestinal symptoms in patients with Irritable Bowel Syndrome

AliReza Norouzi¹, MohammadKazem Fakhri², Razieh Talebi³, GholamReza Roshandel⁴, Reza Mohammadi^{5*}

1. Assistant professor of Medical School, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
2. Assistant professor, Department of Clinical Psychology, Sari Islamic Azad University, Sari, Iran.
3. Instructor of School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
4. Assistant professor, Golestan Research Center of Gastroenterology & Hepatology, Gorgan, Iran.
5. Clinical Psychologist, Sayyad Shirazi Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran,

Abstract

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is the most common functional gastrointestinal disorder and is a psychosomatic disorder. This study aimed to determine the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on coping styles and gastrointestinal symptoms of IBS patients. This Experimental (pretest-posttest with the control group) study was conducted on 32 patients with IBS based on inclusion and exclusion criteria. They divided randomly assigned into two groups intervention (n = 15) and control (n = 17). ROME III was used for the diagnosis of IBS. coping styles were evaluated by using Lazarus coping styles questionnaire (CSQ). Data analysis was conducted in SPSS software by using student t-test, Mann-Whitney, and covariance. The results showed that the difference between the mean scores of coping styles (emotion-focused & problem-focused) and gastrointestinal symptoms in the intervention group after the sessions of mindfulness-based cognitive therapy was statistically significant ($p < 0.01$). The results show that mindfulness-based therapy can be effective in reducing and controlling psychological symptoms, enhance well-being and quality of life. Therefore, this therapy as an adjunctive therapy in patients with irritable bowel syndrome is recommended.

Key words: Mindfulness based cognitive therapy, Coping styles, Well-being, Irritable bowel syndrome

Corresponding Author: Reza Mohammadi

Address: Clinical Psychologist, Sayyad Shirazi Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

E-mail: mohamadi.psk@gmail.com

